

# U4

Datum.....

Name..... geb. .... Alter (3-4M)....., korr.....

Elternfragen	ja	nein	
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Schaut Ihr Kind Sie fest an und blickt Ihnen nach?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Lacht es oder quietscht es oder gurrts es, wenn Sie mit ihm scherzen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind hört?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Dreht es den Kopf zu Ihnen, wenn es Sie sprechen hört?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Spielt Ihr Kind mit seinen Fingern oder schaut diese an?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Mag es kuscheln und körperliche Nähe?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Lässt es sich auf dem Arm beruhigen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Braucht es meist nur weniger als 30 min zum Einschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Lässt es sich an der Brust/mit der Flasche gut füttern	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Braucht es für die Mahlzeiten meist <b>weniger</b> als 45 Minuten	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie <b>unverändert</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es jemanden in der Familie oder im nahen Umfeld, der Sie wenigstens stundenweise entlastet?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	

## Mein Baby\* ....

	fast nie	häufig	fast immer
...schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist extrem willensstark. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fordert ständige Aufmerksamkeit und Unterhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...schreit ständig beim Ablegen in Bauch- oder Rückenlage. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...schreit so, dass es unerträglich ist, was bei mir ein Gefühl von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder Wut auslöst. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...verweigert die Brust/die Flasche. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist trinkfaul, trinkt nur mit Druck oder Zwang. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist extrem irritierbar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vermeidet den Blickkontakt. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist auffallend ernst. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Familiäre Situation\*:

	fast nie	häufig	fast immer
Mir bleibt kein Moment zum Duschen und Essen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Nerven liegen blank. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst als Mutter zu versagen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plage mich mit Ängsten meinem Baby könnte etwas passieren. . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Probleme belasten die Partnerschaft. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* nach M.Papousek